

(1) 利用者の状況 (該当に☒)

①病名等

☐高血圧 ☐心臓病 ☐脳血管障がい ☐糖尿病 ☐肝臓病 ☐腎臓病 ☐呼吸器疾患 ☐神経症

☐リウマチ ☐関節炎 ☐その他（ ）

②かかりつけ医療機関

医療機関名		住所	
主治医		電話番号	
③身体障害者手帳	☐ 有 ☐ 無 () 級		

(2) 寝具洗濯乾燥消毒サービスについて (該当に☒)

チェック欄	利用条件：①又は②に該当し、③の状態にあることが必須
☐	①身体的に、寝具の衛生管理が困難である。 (例) 腰痛があり布団を干す動作ができない。
☐	②環境上の理由で、寝具の衛生管理が困難である。 (例) 布団を干す場所が確保できない。
☐	③家族やヘルパーによる寝具の衛生管理が困難である。 (例) 家族が支援に来ることができない。ヘルパー利用をしていない。ヘルパー支援の時間内に布団を干せない。

(3) サービス実施時の代替寝具貸し出しについて (どちらかに☑)

☐	希望する
☐	希望しない